

Documento de consentimiento informado para incisión/biopsia de lesiones con anestesia general

Nº Historia:.....

Doña de años de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y
DNI Nº.....

D./Dña de años de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y
DNI Nº.....

En calidad de de Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(Nombre y dos apellidos del Facultativo que proporciona la información)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a EXTIRPACIÓN BAJO ANESTESIA GENERAL.

1. Mediante este procedimiento se pretende la extirpación de mi lesión con posibilidad de realizar un estudio histológico de la misma.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Hematología.

Sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, pudiendo ser poco graves y frecuentes: Infección o hematoma de la herida quirúrgica, lesiones cutáneas por reacción alérgica a la medicación utilizada, cicatrices retráctiles o antiestéticas, molestias locales, dolor prolongado en la zona de la operación; o poco frecuentes y graves: Reacción alérgica grave a los anestésicos que puede llegar a producir Shock anafiláctico. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

4. El médico me ha indicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....
.....
(aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como

5. El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa terapéutica eficaz.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecho** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones,

CONSIENTO

Que se me realice una EXTIRPACIÓN TUMORACIÓN CERVICAL BAJO ANESTESIA GENERAL.

En..... (Lugar y fecha)

Fdo.: MÉDICO

Fdo.: PACIENTE

Fdo.: REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO

REVOCACIÓN

Doña de años de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y
DNI N°.....

D./Doña de años de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y
DNI N°.....

En calidad de de Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En..... (Lugar y fecha)

Fdo.: MÉDICO

Fdo.: PACIENTE

Fdo.: REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO